

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

43

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PAUTY

Né le 10 octobre 1890 à Bugeat (Corrèze)

LE MÉDECIN

ET

L'ASSISTANCE INDIGÈNE

AU MAROC

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

433

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PAUTY

Né le 10 octobre 1890 à Bugeat (Corrèze)



LE MÉDECIN

ET

L'ASSISTANCE INDIGÈNE

AU MAROC

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSUR : M. POUCHET

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNEO.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ.
Bactériologie		BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales		N.
Pathologie médicale		VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale		GOSSET.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale		ACHARD.
		WIDAL.
		GILBERT.
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TESSIER.
Clinique chirurgicale		DELBET.
		QUENU.
		LEJARS.
Clinique ophtalmologique		HARTMANN.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE LAPERSONNE.
		LEGUEU.
Clinique d'accouchements		BAR.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile		J. L. FAURE.
Clinique thérapeutique		BROCA.
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie		A. ROBIN.
		SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE.	JEANNIN.	LERI.	RICHAUD.
BRANCA.	JOUSSET ANDRÉ.	LÉPER.	ROUSSY.
CAMUS.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	ROUVIERE.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	TINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
DESMAREST.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
GOUGEROT.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GRÉGOIRE.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GUENIOT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GUILLAIN.	LEREBOULLET.	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*en témoignage de ma grande affec-
tion et de ma profonde reconnais-
sance.*

A MES AMIS

AU 1^{er} RÉGIMENT
DE TIRAILLEURS MAROCAINS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD
PROFESSEUR D'HYGIÈNE

INTRODUCTION

Médecin des troupes d'occupation du Maroc Occidental, arrivé à Casablanca en novembre 1913, nous avons près de quatre ans vécu tour à tour la vie des colonnes mobiles, des postes sédentaires, et des formations de la côte.

Il nous a été donné surtout de collaborer à l'œuvre d'assistance indigène entreprise dans ce pays par la médecine française, devenue bien vite un facteur puissant d'influence bienfaisante et vraiment pacifique.

L'intérêt que nous avons trouvé à cette tâche, les satisfactions que nous en avons retirées pour notre cause et pour nous-même, nous ont vivement incité à étudier dans cette thèse le rôle du médecin dans ses rapports avec les indigènes marocains, l'organisation, le fonctionnement et les buts de l'assistance médicale indigène au Maroc.

Nous avons assisté aux différents stades de notre pénétration dans le vieil empire Chérifien. Nous avons vu en même temps les rapports dont nous parlerons dans

cette étude s'établir et se confirmer. La tâche initiale est réservée naturellement aux médecins militaires des colonnes mobiles et des postes avancés; puis à mesure que notre pénétration fait des progrès, ceux-ci cèdent la place aux médecins civils. La tâche est la même pour tous; les premiers ouvrent seulement une voie que les seconds continueront.

C'est au lendemain même de la lutte souvent très dure qui marque les étapes de notre avance que les premiers rapports s'établissent sur le terrain médical. Le médecin français n'a pas seulement à panser les plaies de nos soldats; il voit souvent venir à lui nos adversaires de la veille pour faire appel à sa charité et à son savoir; c'est sur ce terrain que nous avons vu s'opérer la meilleure et la plus franche réconciliation.

La confiance dont jouit la médecine française aux yeux des Marocains est déjà très grande. Elle s'est développée depuis que nous avons entrepris la civilisation de leur pays. Pendant la grande Guerre elle a trouvé de nouvelles occasions de se développer encore et de s'affermir. Nombreux sont en effet les tirailleurs marocains revenus dans leurs douars (villages) éloignés qui vantent les soins admirables qu'ils reçurent en France. S'ils se plaisent à raconter à leurs compatriotes les barouds (combats) où ils prirent une si belle part, ils aiment également parler des hôpitaux de nos grandes villes où furent pansées leurs blessures par les grands médecins français.

L'œuvre bienfaisante à accomplir au Maroc et ses

résultats pratiques n'ont pas échappé aux dirigeants du Protectorat. Une direction mixte du Service de santé a été créée à Rabat; des subdivisions à Casablanca, Marrakech, Meknès, Fez et Kasbah-Tadla. Le nombre considérable et toujours croissant des infirmeries indigènes des groupes sanitaires mobiles, des hôpitaux et des dispensaires en sont les témoignages, les plus évidents et les plus sûrs.

Une tâche très captivante et d'un intérêt pratique très élevé est réservée, au Maroc, aux médecins de l'Assistance indigène. Ils devront toutefois parfaitement connaître les fléaux épidémiques et les affections graves qui désolent ce pays, savoir dans ce milieu primitif s'armer de persévérance, de patience et de bonté. Ils devront ne pas ignorer que leur adversaire le plus redoutable est peut-être cette mentalité fataliste qui semble nier l'utilité de l'effort, laisse le mal s'implanter et les plaies s'élargir.

HYGIÈNE GÉNÉRALE

Nous avons pensé qu'un aperçu assez bref de l'hygiène au Maroc et de quelques maladies infectieuses fréquentes était nécessaire à notre travail. En dehors des affections courantes que nous rencontrons en France, il existe au Maroc un groupe impressionnant d'affections infectieuses particulièrement graves. Elles constituent les plus redoutables fléaux de ce pays et un danger trop évident pour l'avenir de notre colonisation.

Parmi elles, la variole est une des plus fréquentes et des plus graves. Elle est justement redoutée des Marocains pour ses conséquences immédiates, souvent funestes, et par les ravages qu'elle exerce sur leurs visages. Ils savent combien elle est contagieuse et admettent que ceux qui ne l'ont pas eue sur terre la contracteront dans l'autre monde. Les épidémies de variole apparaissent à la fois dans les villes et dans les campagnes. Nous avons assisté fin 1913 à celle qui a désolé Casablanca, touchant non seulement les indigènes non vaccinés, mais aussi les Européens vaccinés depuis très longtemps.

Au cours de ce même hiver 1913-1914 à Casablanca et

en Chaouïa s'est développée une épidémie de typhus exanthématique très meurtrière. Cette affection frappe au Maroc, les villes et encore mieux les campagnes où l'hygiène est plus inexistante. Le typhus est infiniment plus dangereux pour l'Européen que la variole contre laquelle il est presque toujours bien immunisé. Les médecins chargés de combattre le fléau lui ont déjà payé au Maroc un bien lourd tribut.

Malgré toutes les règles possibles d'hygiène dans notre bataillon de zouaves, qui allait de Ber-Réhid à Fez (février-mars 1914), il se produisit six cas de typhus exanthématique.

Un autre fléau, fort heureusement plus rare, doit attirer l'attention du médecin. La peste, dont on parle en France comme d'une épidémie lointaine, existe bien réellement au Maroc : de très anciens foyers paraissant éteints se rallument parfois avec force et menacent la santé du pays.

La peste existe surtout à l'état endémique chez les tribus du Sud (Sous, Doukkala, Abda etc..), mais elle se rencontre également dans les centres urbains de la côte et nous en donnerons comme témoignage les nombreux cas apparus à Salé et Rabat au cours des hivers 1915-16 et 1916-17.

Un des premiers pesteux fut un tirailleur marocain de la Casbah de Sidi-Moussa près de Salé où nous passions la visite. Le diagnostic bactériologique fut fait au laboratoire de l'hôpital Marie Feuillet de Rabat, où cet indigène fut envoyé en traitement. L'épidémie au cours

des deux hivers se manifesta par une trentaine de cas environ.

Ces trois maladies infectieuses d'une gravité incontestable appartiennent bien à la pathologie marocaine. Elles apparaissent surtout en hiver, à intervalles irréguliers mais à côté d'elles il est nécessaire d'en signaler d'autre à caractère permanent, telles que le paludisme, la dysenterie, la rage, la syphilis etc...

Le paludisme très fréquent est généralisé à tout le Maroc. Il a sévi durement sur notre corps d'occupation pendant les premières années de la campagne.

Les moustiques pullulent dans les vallées, le long des cours d'eau très nombreux au Maroc. Certaines régions sont particulièrement éprouvées par les invasions palustres et nous citerons pour mémoire Tiflet, camp Bataille dans les Zemmours, Oued Zem et Casbah ; Tadla dans le pays Tadla, Soukel Arba de Tissa dans les Hayainas.

Pour d'autres, l'évacuation est devenue nécessaire, tel ce poste de Maazis dans les Zemmours où les détachements indigènes ne peuvent vivre. Le long des oueds (fleuves), de l'Oum Rebia, du Bou-Regreg, de l'oued Beth, du Sebou, de l'Innaouen, de l'Ouergha, sans citer leurs affluents, la malaria exerce ses méfaits.

La syphilis n'est pas moins fréquente au Maroc que le paludisme. On a même dit que tout Arabe en était atteint. Cette affirmation peut paraître exagérée, car malgré elle la race reste forte et la procréation abondante. Il est indéniable cependant que le nombre des malades

visitant les infirmeries indigènes ou les dispensaires des villes est très élevé.

Les Marocains ne considèrent pas les maladies vénériennes comme des maladies honteuses. Ils semblent tout particulièrement familiarisés avec elles, et leur attribuent un certain nombre de conséquences malfaisantes qu'elles ont en réalité. La syphilis a des manifestations excessivement graves et étendues à cause du manque de traitement absolu.

La rage n'est pas rare au Maroc, à cause du grand nombre de chiens qui vivent dans les douars, dont ils assurent la garde de nuit, et dans le bled (campagne) à l'état presque sauvage. Les Marocains ne tuent jamais les petits chiens et leur nombre serait immense si la faim n'accomplissait cette besogne.

La dysenterie amibienne trouve ici, à juste titre une place importante, par sa gravité et sa fréquence. Le choléra est beaucoup plus rare.

Fréquentes sont les affections des yeux, ophtalmies gonococciques des nouveaux-nés, conjonctivites granuleuses et autres. Les teignes, le favus, en un mot toutes les affections infectieuses ou parasitaires ont au Maroc un terrain de culture éminemment favorable et largement ensemencé pour des éclosions futures.

La tuberculose et la fièvre typhoïde sont rares chez les indigènes. Ils ont peut-être acquis avec le temps l'immunité contre la dernière de ces deux affections, mais ils ne sont pas à l'abri des atteintes de la tuberculose que notre civilisation ne doit pas leur apporter.

S'il est bien exact que le degré de civilisation d'un pays se mesure à son degré d'hygiène, la civilisation du Maroc nous apparaît bien primitive. Aussi pensons-nous que le médecin de l'Assistance indigène doit être avant tout un médecin hygiéniste.

Dans ce manque d'hygiène réside l'explication des nombreuses épidémies et affections courantes qui, plus que les guerres civiles de tribu à tribu, ont, dans le passé, désolé ce malheureux pays.

Dans les pays de plaine, les Marocains habitent généralement sous la tente ou dans des noallas sortes de chaumières coniques à soubassement en pierre, à charpente de roseaux, couvertes en chaume. Les nomades vivent tous sous la tente. Les gens des villes, les notables des tribus et habituellement les habitants des montagnes, habitent dans des maisons en maçonnerie (Kasbahs). Sous la tente ou dans la chaumière du Meskin (miséreux) la malpropreté est de règle. Pour les notables des villes et des tribus il faut toutefois établir une différence, Ceux-ci entretiennent mieux leurs maisons. Ils fréquentent les hammams (bains), se lavent les mains et le visage chaque jour, portent des habits plus soignés. Leur nourriture est plus abondante et mieux préparée ; ils mangent des mets convenables dans une vaisselle rudimentaire mais non infectée. Ils ne boivent pas d'alcool et leur boisson préférée est le thé à la menthe, qui est véritablement une boisson hygiénique. Mais il n'en est pas ainsi chez les pauvres qui grouillent sordides autour des souks et des ports, chez les populations du bled qui

vivent en nomades sous la tente ou dans des casbahs repoussantes. L'hygiène du corps existe à peine. Si les hommes et les femmes de l'âge adulte observent quelques règles de propreté et de coquetterie, les vieillards et les enfants offrent l'exemple d'une malpropreté sans pareille.

Leurs vêtements sont rarement nettoyés, ou ils le sont mal. Les indigènes sont d'autre part tellement pauvres qu'il leur est souvent impossible de se procurer le savon qui serait nécessaire. Laver du linge est un luxe véritable. Certains achètent au souk une chemise ou un burnous qu'ils revêtent immédiatement. Ils le gardent parfois sans le nettoyer jusqu'au dernier lambeau.

Les poux, les puces et les mouches sont les parasites habituels du Marocain. Le manque de propreté et de confort, le paupérisme, en sont les causes les plus évidentes. Dans les plis crasseux du bournous, les poux et les puces trouvent un asile favorable. Chez certaines tribus, l'habitude de garder sur la tête de larges touffes de longs cheveux offre aux poux un abri de choix. La cohabitation dans le gourbi, sur une même natte où toute la famille dort la nuit, engendre pour les parasites de toutes catégories la possibilité de changer de porteurs.

A cet égard les fondouks des villes sont particulièrement édifiants. Nous en avons visité un certain nombre à Rabat, Salé, Casablanca, Fez, Taza. Le fondouk est une sorte d'hôtel (si on peut dire) où les voyageurs du bled viennent chercher asile pour eux et leurs animaux. Il se compose d'une cour centrale où sont entravés les

animaux et d'un local (quelquefois deux) étroit et allongé, pourvu d'une porte basse pour en permettre l'entrée. Les murs sont généralement blanchis à la chaux et le sol recouvert de nattes en paille. Les voyageurs s'y entassent nombreux, les nettoyages y sont rares et toutes les transmissions de parasites nous y apparaissent possibles. La fréquentation des Médersas (écoles musulmanes) des marabouts et des mosquées où viennent prier les croyants, favorise également la contagion.

Les puces abondent quelquefois au point d'obliger les indigènes à quitter leurs gourbis pendant la nuit. Ils portent le matin sur le corps des traces de milliers de piqûres. Ainsi les Beni-Sadden près de Fez installaient leurs tentes en plein champ, loin de leurs douars, pour y passer la nuit, afin d'échapper à cette persécution. En évitant les piqûres des puces ils s'exposaient à celles des moustiques et les conséquences des unes sont aussi détestables que celles des autres. Les anophèles piquent surtout la nuit et les indigènes marocains qui couchent sous la tente ouverte à tous les vents, ou dans les chaumières mal closes deviennent pour eux une proie facile.

Il est désagréable pour les Marocains d'avoir sur eux et dans leurs vêtements ces parasites; ils cherchent à s'en débarrasser et pour cela se livrent souvent à deux, à un épouillage mutuel. Mais ils n'écrasent pas les poux et dès qu'ils les ont pris ils s'empressent de les déposer vivants à côté d'eux. Cette opération est habituelle autour des douars et se répète souvent à la même place. Ainsi les parasites déposés n'attendent pas longtemps un hôte nouveau.

Le rôle joué par les poux dans la transmission du typhus exanthématique et la fièvre récurrente est aujourd'hui bien démontré. Les puces nous apparaissent également comme un redoutable danger dans les régions où abondent les rats et ceux-ci ne sont pas rares au Maroc. La puce et le rat se prêtent un concours précieux pour transmettre la peste à l'homme. Les mouches enfin, que la température chaude favorise, ont une vie et un développement faciles sur les ordures, les fumiers et les charognes jamais enfouies, qui abondent dans le bled et autour des douars.

Au Maroc la polygamie et la grande liberté des mœurs favorisent les maladies vénériennes. La prostitution est presque une institution d'Etat parfaitement organisée et au grand jour. A Fez le quartier de Moulay-Abdallah réservé aux prostituées en renferme plus de cinq cents; et ce nombre ne totalise pas toutes les prostituées de Fez, tant s'en faut. Il existe aussi des villages du bled ayant un millier d'habitants qui abritent une quarantaine de femmes de même catégorie. Il serait bien difficile d'évaluer approximativement le nombre de femmes qui, au Maroc, vivent de la prostitution. Elles répandent la syphilis, le chancre mou et la blennorrhagie à profusion.

Telles sont dans leurs très grandes lignes les principes de l'hygiène générale des Marocains. Leur mentalité insouciant et ignorant s'en accommode, bien qu'ils le sachent et qu'ils en souffrent. Pour eux et pour nous, le médecin d'Assistance indigène devra tenter de détruire ces foyers latents d'épidémies menaçantes et de permanentes infections.

COLONNES MOBILES ET POSTES DE L'AVANT

La tâche du médecin des colonnes mobiles qui opèrent la soumission des tribus dissidentes par les armes est en général des plus simples. La convention de Genève n'est pas reconnue par les Marocains et nos blessés tombés par malheur entre leurs mains sont impitoyablement achevés. Leurs coutumes guerrières le veulent ainsi. En retour peu de Marocains sont traités dans les ambulances de colonne mobile, car nos adversaires, emportent, quand ils le peuvent, leurs tués et leurs blessés. Ils craignent pour les leurs le traitement qu'ils infligent aux nôtres.

Mais si la tribu en guerre demande l'Aman (la paix) et qu'elle l'obtienne, aussitôt leurs combattants déposent leurs armes et prennent contact avec nous. Les blessés indigènes n'hésitent guère à venir au camp français demander au médecin un pansement pour leurs blessures et souvent l'extraction de projectiles reçus pendant les combats des jours précédents. En vérité c'est du médecin qu'ils retirent le premier bienfait parmi tous ceux que

notre civilisation leur apporte. Ils le comprennent très clairement : ainsi un caïd de la tribu des Beni-Bouyala au mois de juillet 1915 demanda au chef de la Colonne qui opérait contre lui, comme récompense d'une soumission hâtive, une visite de médecin pour sa jeune fille gravement malade. Nous fûmes désigné pour cette mission ; le douar de ce caïd était assez éloigné du camp et la malade n'avait pas voulu se laisser conduire près de nous. Cette fillette était atteinte de fracture ouverte et suppurée de la jambe droite. Les guérisseurs marocains avaient appliqué sur sa plaie toutes sortes d'ingrédients qui l'avaient infectée. Un traitement chirurgical s'imposait, le père fut invité à faire transporter la petite blessée à Taza. Notre brusque départ ne nous permit pas de savoir si le père qui avait promis a tenu sa promesse.

Habituellement après la soumission, à un endroit choisi sur le sol de la tribu, un poste militaire est créé. Il vient affirmer notre prise de possession. Il a pour but de maintenir la soumission acquise et de défendre nos nouveaux protégés contre les tribus dissidentes des alentours qui ne reconnaissent pas notre autorité.

Un poste comprend une enceinte fortifiée, où les troupes se retranchent la nuit et des tentes sous lesquelles elles couchent. A côté du poste s'installe le Bureau arabe, appelé encore Bureau du service des renseignements indigènes. Il a à sa tête un officier au courant des affaires marocaines et connaissant la langue. Il est chargé de faire la police, de rendre la justice et de percevoir l'impôt dans la tribu.

Parallèlement à ce bureau indigène apparaît le premier service d'assistance médicale indigène. Au début il est souvent bien rudimentaire. Nous l'avons vu se composer simplement d'une tente marabout comme salle de visite et contenir quelques rares médicaments où la quinine et l'iodure de potassium constituaient les stocks les plus importants. Parfois, grâce à la main d'œuvre militaire on élève une petite baraque recouverte de tôle ondulée. Ce local permet d'organiser une salle de visite un peu plus convenable et nous avons ainsi donné naissance à notre première formation d'assistance indigène.

Il est utile que ce local ne soit pas installé trop près des troupes et encore moins dans l'enceinte fortifiée. Un peu à l'écart, proche du Bureau des Renseignements sa place est particulièrement indiquée. Les indigènes, surtout les femmes, redoutent le contact de nos soldats. Il est donc nécessaire pour avoir des consultants, de faciliter l'accès de la maison du médecin et de leur éviter dès le début les causes qui pourraient les effrayer.

Ceci a lieu aussitôt après la soumission de la tribu. Un des médecins militaires du poste, plus souvent d'ailleurs le seul qui y soit, est chargé d'assurer le service médical indigène. Il reçoit une faible indemnité pour ce travail et doit être secondé par un infirmier européen pris, parmi ses infirmiers militaires, et par un infirmier marocain. Le matériel, les instruments et les médicaments sont au compte de l'Assistance indigène et lui sont fournis par ce service.

Au début, la consultation comprend surtout des fié-

vreux, des petits blessés atteints de brûlures, abcès et autres affections demandant des pansements. Nous avons également eu beaucoup de galeux et de vieux syphilitiques. Le nombre des consultants grandira à mesure que la confiance en nous se développera dans la population.

Un médecin de poste chargé du service de l'Assistance indigène ne doit pas se borner à attendre les visites des malades. Il doit être actif. Il doit travailler de concert avec le Chef du Bureau indigène et l'accompagner dans ses tournées en tribu. Le trafic commercial avec les tribus voisines même avec celles qui sont encore en dissidence se fait au souk (marché). Les souks sont parfois éloignés. Ils appartient alors au médecin de s'y rendre avec des cantines médicales portées à dos de mulet pour y vulgariser notre méthode. En 1914 au poste d'Aïn-Sbit près de Fez nous allions chaque dimanche au Souk de Tebouda. Les Beni-Ouarrain, tribu dissidente toute proche, constituaient nos meilleurs et plus nombreux clients. Au début, évidemment, les visiteurs étaient rares. Les guérisseurs et toubibs (médecins) marocains travaillaient beaucoup plus que nous. Ils nous observaient d'une façon un peu narquoise; cependant à mesure que les malades venaient de plus en plus nombreux les toubibs marocains se faisaient plus aimables et venaient causer avec nous afin de se donner aux yeux de leurs compatriotes pour de véritables hommes de l'Art.

Lorsque le nombre des consultants devient très élevé,

ce qui arrive souvent très vite, ces déplacements deviennent inutiles, les indigènes en sont avertis. Ils savent que pour voir le médecin ils doivent se rendre au poste français soit le matin soit le soir. La liaison que quelques voyages au souk ont établie est définitive et elle se continue.

Il arrive fréquemment que le médecin de l'assistance est sollicité par un notable de la tribu, soit un caïd un cherif ou un Cheick, d'aller visiter son village. C'est une obligation à laquelle il ne doit en aucun cas se soustraire. Il s'agit souvent de cas excessivement sérieux. Sur place il pourra se faire une opinion précise et prendre les décisions convenables. Dans le cas, par exemple, comme cela nous est parfois arrivé, de village entièrement impaludés, une large distribution de quinine donnera de premiers résultats fort satisfaisants.

Quelques conseils d'hygiène et l'obligation pour le chef du douar de faire évacuer les eaux stagnantes ou de faire assécher les mares environnantes feront le reste. La satisfaction sera générale devant le résultat acquis et les indigènes du lieu, si souvent hostiles à notre action, seront convaincus malgré eux, de l'intérêt réel et de la bienveillante bonté que nous leur prodiguons.

INFIRMERIES INDIGENES

ORGANISATION. — Lorsque la pacification d'une région est complète, telle que la Chaouïa ou même aujourd'hui la majeure partie du Maroc, l'organisation définitive de l'Assistance médicale aux indigènes s'impose. Elle s'adresse à tous les indigènes et aux fonctionnaires du protectorat.

Elle marche de pair avec l'organisation administrative du bureau du service des renseignements sous la tutelle de qui elle reste toujours. Elle s'adresse en général à un nombre élevé d'habitants. Une infirmerie indigène nécessite des locaux vastes et confortables. Son édification et son entretien réclament un budget important, d'autant plus important que la région sur laquelle elle rayonne est plus peuplée.

Nous avons visité au Maroc Occidental un certain nombre d'infirmeries indigènes. Elle ne répondent pas à un modèle unique. Les chefs de bureaux de renseignements, les médecins, les chefs des travaux qui ont présidé à leur construction ont suivi des directives différentes. Il y en a de très convenables, d'autres

qui le sont beaucoup moins. Au point de vue du matériel médical et chirurgical, où la seule volonté du médecin a fait loi, n'existe pas la même lacune.

Une infirmerie indigène devrait comprendre au minimum une salle de visite grande et bien aérée, une salle d'opérations et de pansements également grande et claire, une petite pharmacie et une salle d'attente ou préau pour les consultants, des salles d'hospitalisation avec un matériel de couchage même rudimentaire, nous semblent d'une grande nécessité pour traiter certains contagieux, des maladies graves et les blessés du bled qui réclament des pansements quotidiens. Etant donné également le nombre des maladies infectieuses et parasitaires il serait désirable de doter chaque infirmerie indigène d'un matériel de désinfection.

Tout autour des locaux constituant l'infirmerie indigène il conviendrait de faire un jardin et de planter des arbres pour avoir en été pendant les températures élevées, un peu de verdure et d'ombrage. Le tout serait utilement entouré d'un mur de clôture ou d'une grille. Nous aurions ainsi, à notre sens, une installation convenable d'infirmerie indigène.

Le matériel et les médicaments nous ont presque toujours paru suffisants et judicieusement choisis.

Le personnel doit évidemment varier selon les nécessités du service. Toutefois deux infirmiers dont un Européen et un Marocain suffisent amplement dans les infirmeries du bled où la population n'est pas dense. Les Marocains deviennent de bons infirmiers. Ils

sont dévoués et intelligents. Quand ils savent écrire leur langue ils peuvent noter en caractères arabes le nom des médicaments et commettent rarement de méprises. Cette méthode que nous avons utilisée nous a toujours donné satisfaction.

C'est au médecin civil de l'Assistance indigène que revient la direction de ce service. Il aura à assurer la consultation, le traitement des malades hospitalisés la vaccination antivariolique, la prophylaxie des maladies épidémiques ou contagieuses des populations qui habitent sa zone d'influence.

CONSULTATIONS ET HOSPITALISATIONS. — La consultation à l'infirmerie se fait habituellement le matin. Les Marocains à cet égard se montrent parfaitement disciplinés et sauf pour les cas d'urgence viennent rarement le soir demander le médecin. Cette consultation doit se faire dans les meilleures conditions possibles et ne pas blesser la pudeur extrême qui est celle de tous les Musulmans. Pour cela il est utile de ne pas tolérer de personnes étrangères au service pendant l'examen des malades. Il faut éviter de se moquer de leurs pratiques et superstitions et des amulettes que leurs marabouts leur ont livré à prix d'argent; des coutumes enracinées par des siècles de routine et d'ignorance ne peuvent disparaître ainsi en un jour. C'est seulement notre méthode logique et riche en résultats bienfaisants qui éclairera leur foi. Souvent un paludéen cachectisé ou un syphilitique dévoré par de graves lésions cutanées viendra à l'infirmerie conduit par

quelqu'un des siens : il est malade depuis longtemps, il a vu tous les marabouts, toubibs et sorciers marocains de la région ; il a accompli des pèlerinages à Moulay-Bouchta, Karouïne, Moulay-Yacoub. Sidi Naccur¹, et autres lieux pour obtenir sa guérison. Il a passé encore plusieurs nuits dans un marabout des voisinages et il vient voir enfin le médecin français car son état empire.

Ce même malade, après une période de traitement par des injections de chlorhydrate de quinine associé à l'arsenic s'il est paludéen, ou par le néosalvarsan s'il est syphilitique, quittera l'infirmerie en bonne voie de guérison. Avant son départ il manifestera sa satisfaction par des paroles reconnaissantes à ceux qui l'ont traité ; quand il sera parti il est possible de le voir offrir au marabout où il a passé deux ou trois nuits, avant de venir à l'infirmerie, une bougie pour le remercier de sa guérison. Il lui en coûte de croire au savoir du N'Srani (étranger), Cependant il est dans une période de doute. Ce premier doute jeté dans son esprit et ce premier bienfait jeté dans son cœur s'il est de nouveau malade, le ramèneront sûrement à l'infirmerie. C'est seulement par surcroît de précaution qu'il ira ensuite brûler une bougie à son marabout.

Nous avons vu revenir aux pansements avec des plaies profondément infectées par des mixtures compliquées de guérisseurs des Souks, des blessés partis depuis quelques jours à peu près guéris. Il est nécessaire que le médecin soit patient et indulgent dans des

1. Pèlerinages célèbres du Maroc.

cas semblables. Les malades qu'il a accepté de soigner ont une mentalité d'enfants. Ils croient encore aux esprits (djnoun) et aux mystérieuses sorcelleries. Le temps et notre œuvre conduite avec persévérance pour eux et souvent malgré eux leur ouvriront les yeux.

Les Marocains, hommes ou femmes, aiment peu être hospitalisés. Ils s'ennuient loin de leurs douars. Ils demandent toujours s'il ne serait pas possible de se traiter chez eux avec du dôa; le dôa c'est le médicament et parmi tous les médicaments ils ne font pas beaucoup de différence. A leur sens le dôa est comme l'amulette du sorcier il doit tout guérir; nous en avons vu avec des fractures de jambe nous en réclamer pour une guérison immédiate. Quand ils consentent à se laisser traiter dans les infirmeries c'est que la nécessité en est très grande et cela jamais sans avoir pris conseil pendant plusieurs jours ou plusieurs heures de leurs parents ou amis.

Les malades indigènes prennent avec facilité les prescriptions qu'on leur ordonne. Ni la saveur amère de la quinine, ni celle de l'iodure de potassium, ni les autres, ne les incommode. Par contre ils sont très douillets et acceptent moins volontiers les interventions chirurgicales aussi peu importantes qu'elles soient.

La quinine jouit chez eux d'un prestige considérable à cause de son action efficace sur le paludisme. Par la voie buccale elle agit parfaitement; cependant dans les cas de fièvre tenace et de cachexie palustre inquiétante, il est utile de l'administrer par la voie hypoder-

mique. Les paludéens représentent une proportion fort importante des malades qui fréquentent les infirmeries : il n'est pas exagéré de penser qu'ils sont le tiers environ des consultants dans certaines régions. Quand il leur est impossible de se rendre à la visite ils envoient un parent ou un ami pour demander au médecin quelques comprimés du précieux médicament.

L'iodure de potassium est à la syphilis ce que la quinine est au paludisme. Il jouit d'une vogue égale à celle de la quinine. Il agit sur les vieilles lésions syphilitiques qui n'ont jamais été traitées d'une façon vraiment efficace. Les quantités allouées à chaque infirmerie indigène ne suffisent généralement pas aux besoins qui existent tant il sont considérables. Les chancres et les accidents secondaires peuvent se traiter par les dérivés arsenicaux. Les résultats obtenus sont excellents et frappent vivement l'imagination des malades; revenus chez eux ils racontent avec amples détails le traitement intra-veineux bienfaisant qu'ils ont subi. Cette propagande d'ailleurs si naturelle, augmente notre influence et aussi le nombre des consultants. Il est utile de dire qu'ils acceptent moins volontiers le traitement mercuriel par la voie hypodermique à cause de la douleur.

Les ventouses sont le traitement de choix pour les indigènes, des affections pulmonaires qui sont fréquentes. Il existe au Maroc de vieux tousseurs semblables à ceux que nous voyons en France faire de longs stages en hiver dans les hôpitaux.

Les diarrhées, entérites et dysenteries ambiennes se voient communément. Les purgations sont facilement acceptées mais la diète qui s'impose est plus difficilement obtenue; une surveillance attentive et un régime sévère pour le malade hospitalisé sont nécessaires pour obtenir des résultats. On voit couramment encore le rhumatisme, l'helminthiase, les affections du système nerveux, les conjonctivites, le favus, les teignes. Nous pourrions citer toutes les affections de la pathologie interne et externe, elles existent au Maroc; mais les plus fréquentes seules nous intéressent ici.

VACCINATIONS. — En même temps qu'il prodigue des soins journaliers aux malades de sa consultation et aux hospitalisés, le médecin doit diriger la prophylaxie des maladies épidémiques ou contagieuses, dont il a déjà été parlé. La variole réclame tout particulièrement son attention et le seul moyen de faire disparaître la redoutable maladie est la vaccination antivariolique. Le médecin de l'Assistance devra en poursuivre l'exécution en milieu indigène avec une ardeur toujours nouvelle.

Il est évident qu'au Maroc il rencontrera quelques résistances, malgré les prescriptions du gouvernement chérifien (en réalité celles du protectorat). Il devra s'adresser au bon sens des indigènes en leur montrant que la vaccination est sans danger contrairement à la variole qui se venge sur la beauté de leurs

visages quand leur vie lui échappe. Il citera comme exemple l'intégrité absolue de la face de tous nos soldats vaccinés. Lentement il vaincra des résistances qui d'ailleurs ne sont pas très grandes.

Il paraît impossible de pouvoir accomplir une vaccination générale à l'infirmerie. L'insouciance des uns et la mauvaise volonté des autres créeraient de trop nombreuses abstentions. Le médecin, accompagné d'un infirmier, devra parcourir toutes les fractions de la tribu et procéder méthodiquement à la vaccination de tous. Au jour et à une heure fixée, une tente est dressée à un endroit désigné et les indigènes doivent s'y rendre; la responsabilité du chef de la tribu est engagée; il doit aussi parfaitement que possible faire exécuter l'ordre.

Au Maroc il est nécessaire de faire vacciner les enfants dans le premier mois de la naissance et les adultes tous les quatre ans. Le vaccin est livré par l'Institut Pasteur de Rabat et chaque mois le médecin de l'Assistance rend compte à la direction du service de santé, du nombre de consultants et du nombre de vaccinations pratiquées.

PROPHYLAXIE GÉNÉRALE. — Contre le typhus nous ne possédons pas un moyen préventif semblable. En cas d'épidémie, des mesures prophylactiques générales et individuelles s'imposent; elles sont prises par l'autorité administrative sur les conseils du médecin. Etant donné que cette maladie dont le germe nous est encore

inconnu est propagée par les poux du corps et des vêtements, c'est contre ces parasites que les efforts devront s'exercer. Il faudra lutter en tout temps contre cette malpropreté incurable du corps et du logement de l'indigène, et en période d'épidémie empêcher autant que possible la dissémination des parasites porteurs de germes.

Les malades seront enlevés de leurs douars et isolés, loin de toute habitation, sous des tentes où il seront traités.

La fréquentation des quartiers de villes ou des régions touchées par le typhus sera rigoureusement surveillée.

Il sera recommandé de prendre des bains très fréquents ou de se savonner soigneusement tout le corps.

Le linge sera lavé au savon et à l'eau bouillante.

Les campements seront déplacés. Si le typhus sévit dans des villages construits, le blanchiment intérieur et extérieur des gourbis sera ordonné.

Pour éviter la propagation du terrible mal, des cordons sanitaires seront établis autour des villages atteints ou de la région contaminée. Pour cela il faudra surveiller les lieux de passage des voyageurs et des nomades afin de les empêcher de pénétrer ou de sortir de la zone dangereuse. Lorsqu'un oued se rencontrera dans la région on pourra, s'il y a lieu, l'utiliser à la façon d'une barrière : les ponts et les gués feront l'objet d'une surveillance attentive; les passagers devront subir des visites et accepter les mesures de désinfection obligatoire pour pouvoir continuer leur chemin.

Des moyens semblables peuvent également s'appliquer à la prophylaxie de la peste. Les puces transmettent cette redoutable maladie mais ce sont les rats qui restent l'hôte par excellence du bacille de Yersin. Aussi la chasse à ces rongeurs doit être poursuivie au Maroc en permanence à la fois par les particuliers et l'administration.

La dératisation se fait par divers procédés : les chats, les chiens ratiers, les poisons et les battues sont de bons moyens. Même associés, ces moyens restent insuffisants. Le plus efficace est le piège ou nasse. Des équipes de dératisation de cinq ou six hommes sont organisées et posent aux endroits convenables leurs pièges contenant des appâts. Le fromage, le lard grillé, le pain imprégné d'huile sont les appâts les plus alléchants pour les rats.

En outre, le zèle des indigènes dans cette chasse, doit être stimulé par des primes. Les équipes de dératisation, éduquées par le médecin, doivent rechercher les cadavres des rats autour des habitations et sur les chemins afin de les enlever. Nous savons en effet que les rats atteints de la peste sont chassés de leurs terriers par leurs congénères et vont souvent se réfugier, pour y mourir, dans les habitations et près des voies publiques. Les puces se trouvent en quantité considérable sur leurs cadavres et le danger de ce fâcheux voisinage est des plus grands.

En temps d'épidémie de peste, ces équipes de dératisation, le personnel médical et infirmier ont intérêt

à être immunisés par des injections sous la peau de vaccin antipesteux.

Une remarque intéressante a été faite par les indigènes : les fabricants ou trafiquants d'huile généralement imprégnés de ce liquide, au cours d'épidémies de typhus ou de peste, ne contractent pas ces maladies. Cette observation judicieuse, reconnue exacte, doit être mise en valeur pour le personnel exposé aux piqûres des poux et des puces en se frictionnant soigneusement d'huile camphrée.

Pour tous les malades atteints de variole, de typhus exanthématique ou de peste, l'isolement loin des habitations est nécessaire. En aucun cas, ils ne devront rester dans les douars. Quand un indigène est malade la coutume veut qu'il soit enfoui sous des tas de couvertures; une partie de celles du village sont quelquefois réquisitionnées. Les visites sont incessantes. Tant de points de contact favorisent la propagation des parasites et le développement de l'épidémie. Les souks et les medersas devraient provisoirement être suspendus afin d'éviter les possibilités de contagion.

La prophylaxie des maladies vénériennes ne laissera pas non plus le médecin indifférent. Le nombre considérable de prostituées dans les villes et les campagnes représente un foyer de contamination permanent pour les indigènes et les Européens. Des visites sévères seront passées au moins une fois par semaine et les porteuses de lésions contagieuses seront consignées pour être traitées au dispensaire. Il appartient à l'autorité administrative, de concert avec les autorités indigènes loca-

les, sur demande du médecin, de faire surveiller la prostitution clandestine. Celle-ci est également fort dangereuse; de nombreuses observations recueillies au cours des visites aux infirmeries militaires nous l'ont appris.

La pauvreté et la misère sont les causes les plus apparentes de cette liberté de mœurs. Il est vraisemblable que notre action générale au Maroc, en utilisant la main d'œuvre abondante et inoccupée qui existe, créera ainsi des ressources nouvelles qui assainiront les mœurs.

Habituellement les indigènes acceptent sans protestations ces mesures de prophylaxie générale. La bonne volonté des chefs et notables marocains est susceptible d'apporter au médecin l'aide la plus efficace qui soit, pour la réalisation de son programme hygiénique.

Il serait illusoire cependant de penser que des résultats complets couronneront immédiatement tous ces efforts. La malpropreté presque inconsciente, les coutumes bizarres, les superstitions, les sorcelleries, propres aux musulmans de cette partie de l'Afrique du Nord, peut-être aussi chez quelques-uns la rancune de notre présence, sont autant de raisons qui se dressent contre l'œuvre du médecin de l'Assistance indigène.

GROUPES SANITAIRES MOBILES

Il arrive fréquemment que des régions très étendues ne possèdent pas d'infirmérie. Il peut se faire que cette dernière ne suffise pas aux besoins de la zone où elle se trouve. Il peut arriver encore qu'il soit nécessaire en cas d'épidémie d'aller sur les lieux mêmes pour la combattre; enfin, pour réaliser la vaccination antivariolique la plus complète possible, ont été créés au Maroc, des groupes sanitaires mobiles.

Un groupe sanitaire mobile est en réalité une formation semblable à l'infirmérie indigène, mais ne possédant pas de locaux et pouvant se déplacer à sa guise selon les nécessités. Il a à sa tête un médecin. Il comprend un ou deux infirmiers, des conducteurs, des mulets porteurs de matériel, des cantines contenant des médicaments et objets de pansement et enfin des tentes. Le groupe sanitaire possède un centre d'attache où il vient se ravitailler; de là il rayonne dans la zone qui lui est fixée. Il est particulièrement utile pour pratiquer les vaccinations antivarioliques, à cause de sa grande mobilité et des vastes tournées qu'il peut accomplir sans rentrer à sa base. En cas d'urgence et d'épidémie

il peut se transporter rapidement dans les régions éloignées et prendre toutes les mesures utiles qui ont été indiquées précédemment.

Il existe une dizaine de groupes sanitaires mobiles au Maroc, notamment à Fez, Meknès, Salé, Settât, Agadir, etc... Il se déplacent, sans escorte le plus souvent, sous la sauvegarde et la responsabilité du caïd de la tribu dans les régions pacifiées. Il n'existe pas au Maroc d'exemple d'attentat commis contre l'un quelconque de ces groupes. Ils sont au contraire bien accueillis. Les indigènes s'occupent du ravitaillement alimentaire du médecin de son personnel et de ses animaux et l'hospitalité qu'ils lui offrent est habituellement toujours digne et convenable.

HOPITAUX INDIGENES

Dans les villes importantes du Maroc où les éléments musulmans et israélites sont considérables des formations également plus considérables sont nécessaires. Le nombre des consultations et des hospitalisations y devient beaucoup élevé, des hôpitaux indigènes s'imposent.

L'outillage moderne des hôpitaux français, notamment des laboratoires et un arsenal chirurgical complet devra leur être donné. Les grandes interventions opératoires pourront venir également contribuer à l'accroissement du prestige de l'action médicale en apportant aux populations du bled et de la ville le bénéfice de leurs travaux.

Des dispensaires spéciaux pour vénériens trouveront dans les villes une justification devant le grand nombre des malades et la surveillance attentive de la prostitution.

Des médecins spécialistes trouveront dans les centres importants au Maroc, la place qui leur revient dans l'Assistance indigène.

Il convient de signaler pour les inestimables services qu'il a déjà rendus et pour ceux qu'il doit rendre à l'œuvre médicale française l'Institut Pasteur de Rabat. Créé en 1915 il fonctionne depuis le 1^{er} mai de cette même année. Admirablement situé auprès de l'hôpital Marie-Feuillet à quelques mètres de l'Océan, il comprend un superbe corps de bâtiment et des locaux bien aménagés.

Telles sont dans l'ensemble les diverses formations qui contribuent au fonctionnement de l'Assistance médicale au Maroc.

CONCLUSIONS

L'œuvre d'assistance indigène entreprise au Maroc, renferme en soi le désir et la volonté sincères d'améliorer le sort des populations indigènes et de les faire bénéficier des découvertes de la science médicale.

Pour conduire cette tâche à bien, il est utile de poursuivre inlassablement l'effort déjà commencé, d'augmenter sans cesse le nombre des infirmeries indigènes, de les doter d'un matériel aussi perfectionné que possible et de quantités suffisantes de médicaments.

Le choix d'un personnel médical averti de sa tâche connaissant le langage arabe, ce que la pathologie marocaine a de spécial, et conduit par une direction médicale de la santé publique, aussi indépendante que possible, nous semble pouvoir réaliser un programme plein de promesses.

Ce programme exécuté avec une bienveillante et patiente sollicitude, obtiendra le double succès de combattre victorieusement les fléaux qui peuvent désoler ce pays et nous gagnera la reconnaissance méritée des populations indigènes.

En même temps nous trouvons là-bas, un champ d'expérience naturel pour les découvertes que la médecine réalise chaque jour : la vaccination antityphoïdique du corps d'occupation et l'expérimentation du chlorhydrate d'émétine dans la dysenterie amibienne dès 1913 en sont les exemples probants..

Dans cette tâche poursuivie par le médecin, notre colonisation trouvera également sa part de bénéfices. La sécurité donnée par les armes et notre organisation policière à la population européenne qui travaille à la grandeur future de ce beau pays, serait une sécurité trompeuse si nous ne lui donnions encore une sécurité hygiénique aussi parfaite et aussi nécessaire que la première.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu :

Le Président de la Thèse,

L. BERNARD

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris,*

APPELL.
